

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

495

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph IWENICKI

Né à Varsovie, le 24 octobre 1902

LES HÉMORRAGIES UTÉRINES DE LA PUBERTÉ

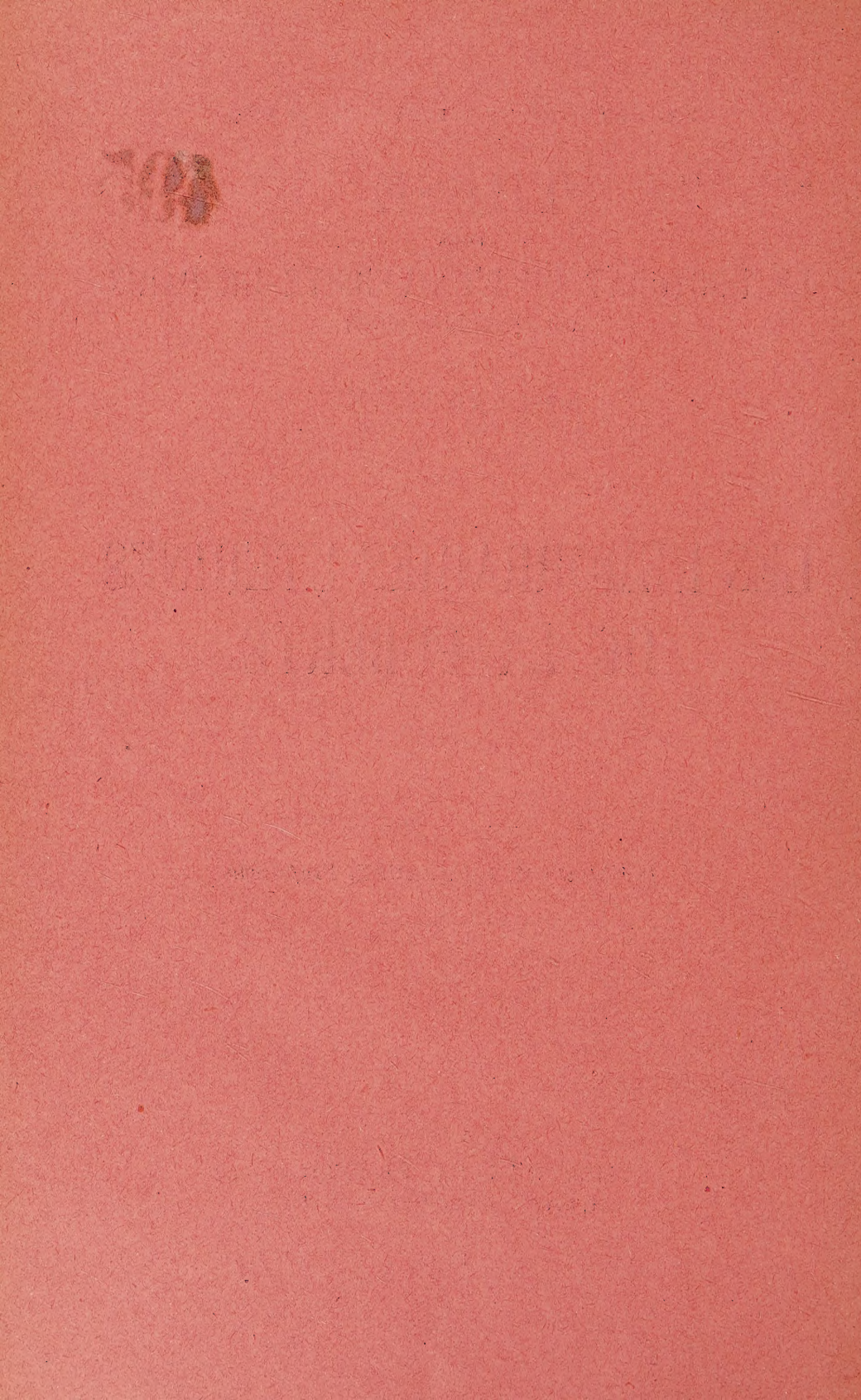
Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Joseph IWENICKI

Né à Varsovie, le 24 octobre 1902

LES HÉMORRAGIES UTÉRINES DE LA PUBERTÉ

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1929

DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÈRE.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHIERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHIARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.) . Pharmacologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale
 RICHET Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE. . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . Clinique médicale.
LE LORIER. . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI. Clinique médicale.
MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ. . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur Jean-Louis FAURE,
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Paris

*Que nous remercions pour le grand
honneur qu'il nous fait en acceptant
de présider cette thèse.*

A Monsieur le Docteur Louis DARTIGUES

Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

Avec l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bonté qu'il a toujours bien voulu nous témoigner et pour le profit qu'il nous a permis de tirer de son enseignement éclairé et communicatif.

A Monsieur le Docteur LÉOPOLD-LÉVI

Ancien Interne-Lauréat des Hôpitaux

*Qui nous a permis d'assister à
ses consultations et nous a fait pro-
fiter de sa grande science et de son
immense expérience.*

A Monsieur le Docteur L. DUREY

Chef de Service de Cinésithérapie de la Clinique Médicale
de l'Hôtel-Dieu.

*Que nous remercions pour les
connaissances médicales profondes
et universelles dont il nous a per-
mis de profiter en travaillant sous
sa haute direction.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Monsieur le Professeur A. GILBERT (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur LEREBoullet

Monsieur le Professeur TEISSIER

Monsieur le Professeur GUILLAIN

Monsieur le Professeur SÉBILEAU

Monsieur le Professeur agrégé P. ALGLAVE

Monsieur le Professeur agrégé ENRIQUEZ (*in memoriam*).

Messieurs les Docteurs : AVIRAGNET, médecin des
Hôpitaux, CATHALA, accoucheur des hôpitaux,
GUIMBELOT, chirurgien des hôpitaux, TERRIS,
chef de Clinique à la Faculté (*in memoriam*).

AVEC L'HOMMAGE DE NOTRE PROFONDE
RECONNAISSANCE

LES HÉMORRAGIES UTÉRINES DE LA PUBERTÉ

INTRODUCTION

L'apparition des règles est la caractéristique essentielle de la puberté chez la femme. Après quelques premières règles un peu pénibles, légèrement douloureuses et d'abondance variable, de fréquences inégales, les règles s'installent d'une façon définitive, régulièrement mensuelles et fixes dans leur quantité.

Mais, il arrive fréquemment chez la fillette, que ses règles prennent un caractère pathologique, qu'il s'agissent de menstrues abondantes, ce sont : les *ménorragies* ou de pertes sanguines entre les règles ce sont : les *métrorragies*.

Ces troubles sont particulièrement fréquents à la puberté, pouvant d'ailleurs disparaître à un âge plus avancé.

Les causes de ces hémorragies génitales sont multiples, on peut les classer en trois grands groupes :

1^o Les hémorragies de cause extra-pelvienne qui sont surtout des hémorragies médicales ;

2^o Les hémorragies d'origine utéro-annexielle ;

3° Les hémorragies utérines essentielles, d'origine glandulaire, en particulier ovariennes.

Les hémorragies médicales relèvent de facteurs très divers, il peut s'agir de lésions cardiaques, valvulaires, rétrécissement mitral en particulier ; d'insuffisance hépatique ou rénale.

Dans d'autres cas, ce sont des affections sanguines à proprement parler avec troubles de la coagulation du sang, telles qu'on en rencontre dans l'hémophilie et le purpura.

Enfin, toutes les maladies infectieuses, chroniques (tuberculose, chlorose) ou aiguës (typhoïde) sont susceptibles de troubler la menstruation.

Les lésions de l'appareil génital pouvant occasionner des métrorragies sont extrêmement variables. Il peut s'agir :

a) De lésions utérines : métrite virginale simple ou infection gonococcique ; de sclérose utérine, ou de tumeurs bénignes ou malignes, fibrome ou cancer qui, bien qu'exceptionnelles à cet âge, peuvent quelquefois se rencontrer en clinique.

b) De lésions salpingo-ovariennes : les plus fréquentes à cet âge, étant, la tuberculose annexielle, les kystes de l'ovaire ou l'ovarite scléro-kystique. Plus rarement, il s'agira d'annexite légère.

Les hémorragies d'origine endocrinienne sont extrêmement fréquentes, elles relèvent d'insuffisance ovarienne simple, mais ne sont le plus souvent que la traduction d'un syndrome poly-glandulaire, dont l'hypo ou l'hyper-ovarie n'est qu'un élément.

HISTORIQUE

La première étude sur les métrorragies virginales est contemporaine de celle des métrites. C'est Bennet qui en 1845 cite les « métriques des Vierges » dans son traité pratique sur l'influence de l'utérus. Huguier en 1849 dans son mémoire à l'Académie de Médecine sur les déformations du col utérin signale plusieurs cas de métrites virginales.

Jusqu'à cette période, les hémorragies utérines de la puberté étaient considérées comme intimement liées à une métrite du corps de l'utérus. C'est Courty qui distingua en 1866 les métrites symptomatiques d'une lésion utérine organique et les métrites idiopathiques relevant d'une affection générale sans signes locaux.

Trelat et Pozzi étudièrent la métrite virginale et lui attribuent une lésion utérine organique constante. Cette théorie est confirmée par les thèses de Bouton de Castan, de Dupuy et de Schmidt.

Trousseau fait de la chlorose une cause fréquente de métrorragie et il décrit cette forme sous le nom de « chlorose ménorragique ».

Les lésions vasculaires endomatieuses ou à type

d'artérites sont signalées par Quenu, Pettit, et Pichevin.

Ozenne signale la sclérose ovarienne syphilitique avec altérations parenchymateuses et artérites diffuses, chez des hérédosyphilitiques.

La congestion utérine jouerait pour Richelot et Doleris un rôle essentiel.

En réalité, ces ménorragies sont d'étiologie complexe, les facteurs des classiques sont retenus actuellement comme des causes fréquentes mais non exclusives et plus récemment on a ajouté deux groupes de causes importantes.

Les lésions valvulaires du cœur, mitrales en particulier qui furent étudiées par Duroziez, Landouzy, et Marshall qui décrivirent les ménorragies des cardiaques.

Enfin, plus récemment, l'étude des sécrétions glandulaires internes permirent de préciser le rôle joué par l'ovaire dans les hémorragies génitales.

C'est la pratique des castrations qui permet de décrire chez la femme adulte les troubles menstruels consécutifs et d'en rapprocher les troubles observés à la puberté. Bouilly signala le premier en 1899 « les métrorragies d'origine ovarienne ». C'est alors que des travaux multiples apparaissent, travaux résumés dans les thèses de Dousdebès, de Reboul. Dalche étudie les rapports de l'hyperovarie et la métrorragie virginale. Siredey précise ces notions. Nobécourt à l'occasion de ses travaux

sur les syndromes endocriniens de l'enfance signale ces troubles.

Entre temps, des recherches histologiques ont contribué à éclaircir la pathogénie des hémorragies utérines, ce sont surtout l'étude du corps jaune par Prenant, la pratique des greffes ovariennes avec Pozzi, Quenu et Tuffier. L'étude du rôle joué par l'ovaire dans les hémorragies fibromateuses, le mémoire de Forgue et Massabuau qui ont fait prendre une place définitive à la pathogénie ovarienne des hémorragies génitales.

ÉTUDE CLINIQUE

LES MÉTRORRAGIES DE CAUSES UTÉRO-ANNEXIELLES

On devra toujours y penser lorsque les causes d'ordre général ayant été éliminées, on se trouve en présence de métrorragies persistantes et continues. Il importe alors de rechercher les causes locales. Chez la jeune fille cette recherche est délicate : le toucher vaginal prudent et l'examen au spéculum ne sont souvent pas possibles ; par contre, le toucher rectal peut fournir des renseignements importants.

Il peut s'agir de lésions utérines proprement dites ou de lésions annexielles.

Les lésions utérines.

Elles peuvent porter sur la muqueuse ou sur le corps utérin.

Les lésions de la muqueuse se rencontrent dans la métrite virginale. On la soupçonnera toujours lorsqu'on se trouvera en présence de règles abondantes et douloureuses, associées à des écoulements

utérins leucorrhéiques plus ou moins fétides. Leur nature microbienne est extrêmement variée mais le plus souvent, il s'agit de métrite gonococcique.

Leur premier stade en est la vulvo-vaginite des petites filles qui se compliquent d'endo-métrite avec allongement hypertrophique du col qui est gros et errodé. C'est le prélèvement sur le col ou dans l'urèthre qui permettra de préciser la nature blennorragique de l'affection.

La sclérose utérine apparaît à la puberté ; son évolution est progressive, elle ne s'accompagne d'aucun symptôme d'infection. C'est « la fausse métrite » de Doleris. On est en présence d'un gros utérus scléreux, dur, à paroi épaissie en rétro-déviati on et en léger prolapsus. Le curettage montre l'existence d'une hypertrophie muqueuse, mais l'épithélium et ses glandes sont normales, non infectés ; il ne s'agit donc pas d'une infection inflammatoire.

Les signes cliniques, douleurs et hémorragies, sont analogues à ceux de la métrite infectieuse vraie, mais il n'existe pas de pertes. Les hémorragies douloureuses sont persistantes entraînant un état chronique d'anémie avec troubles généraux et troubles du caractère.

Plus rarement, il s'agit de *tumeurs utérines* de fibromes, ou de polypes avec endo-métrite vil leuse. exceptionnellement de cancer.

Certaines malades ont un utérus angiomateux ; l'hémorragie persiste malgré les curettages répétés. Autrefois la seule thérapeutique active était l'hysté-

rectomie, mais actuellement, la radiothérapie, maniée prudemment est capable d'enrayer la marche de l'affection.

Ce sont ces formes congestives qui ont été décrites par Trousseau sous le nom « d'hématocèle cataméniale » ; elles traduisent l'hyperémie utérine et se manifestent par des ménorragies abondantes, douloureuses, répétées plusieurs fois dans le mois et qui, rebelles à toute thérapeutique palliative, entraînent des troubles généraux graves.

Nous ne ferons que signaler les hémorragies traduisant une rétro-déviation utérine, ou une sténose du col utérin.

Les lésions annexielles.

Il s'agit le plus souvent de tuberculose annexielle associée ou non à une tuberculose du corps de l'utérus avec empâtement des culs-de-sac, réaction ascitique du péritoine pelvien. Mais en pareil cas, les troubles menstruels semblent relever beaucoup plus de la tuberculisation de l'organisme que des lésions locales.

On peut être en présence de kystes de l'ovaire plus ou moins volumineux et entraînant des troubles généralement peu marqués de la menstruation.

Les ovarites scléro-kystiques donnent des règles précoces et abondantes avec douleurs qui ont été bien précisées par Forgue. Il peut s'agir de dou-

leurs inter-menstruelles, avec exagération menstruelle, ou de douleurs irradiées, en particulier dans le membre inférieur.

Au toucher rectal combiné, on sent une masse mobile, peu volumineuse, douloureuse à la pression et si l'examen est facile, on constate des bosselures à la surface. Cet examen est d'autant plus significatif que l'ovaire est souvent ptosé dans le cul-de-sac de Douglas.

Enfin, Siredey a signalé l'existence de débris placentaires chez une jeune fille à hymen vierge. Il faudrait toujours penser à cette éventualité.

LES MÉTRORRAGIES D'ORIGINE VISCÉRALE OU SANGUINE

Lésions cardio-valvulaires.

Les lésions cardiaques et plus particulièrement les lésions mitrales, plus spécialement le rétrécissement, sont parmi les causes les plus courantes de métrorragie chez les jeunes filles. Elles ont été signalées pour la première fois par Duroziez qui les étudia surtout chez la femme enceinte. Cet auteur signala la fréquence des avortements, des accouchements prématurés et des hémorragies de la délivrance chez les mitrales. Parallèlement Landouzy montra la fréquence des hémorragies pulmonaires ou gastriques chez de telles malades.

On ne peut admettre que dans certains cas très spéciaux, la théorie de Dalche qui fait de ces hémorragies génitales la manifestation d'une « asystolie utérine ».

Beaucoup plus important est le rôle joué par la stase veineuse et la friabilité vasculaire sur laquelle a insisté Vérin dans sa thèse, et ces hémorragies seraient en tous points comparables aux épistaxis et aux hémoptysies que l'on rencontre chez ces mêmes malades.

Au point de vue clinique, leur importance vient de ce qu'elles sont souvent un signe révélateur d'une affection mitrale jusque-là latente.

On examine systématiquement le cœur de ces fillettes qui montre un rythme mitral plus ou moins net. Il importe alors de faire une thérapeutique beaucoup plus cardiaque qu'utérine. Leur pronostic n'est généralement pas grave, sauf lorsque fréquentes et répétées elles entraînent une anémie marquée.

Lésions hépatiques.

L'action du foie sur la coagulation sanguine explique la fréquence de ces hémorragies chez les hépatiques. Il peut s'agir d'ictère léger, catarrhal ou infectieux, mais surtout de cholémie familiale.

Dalche et Siredey ont insisté sur les règles abondantes et prolongées que l'on rencontre chez les lithiasiques avérées et ne s'accompagnant d'aucun signe local du côté génital. Toutes ces hémorragies cèdent généralement au traitement hépatique et au régime lacté.

Enfin, le foie en tant que glande à sécrétion interne, pourrait jouer un rôle dans les hémorragies d'origine endocrinienne.

Lésions rénales.

L'étude de la tension artérielle, l'examen chimique des urines permettra de rapporter une hémor-

ragie utérine à une néphrite latente et méconnue, secondaire à une diphtérie ou à une scarlatine.

Siredey en a signalé plusieurs cas survenant au cours de l'évolution des néphrites aiguës ou subaiguës infectieuses.

Nous ne ferons que signaler les hémorragies utérines associées à des troubles digestifs, entéro-côlites chroniques, mais surtout appendicite chronique.

Cette dernière pouvant d'ailleurs entraîner des lésions ovariennes droites.

Affections sanguines.

Les ménorragies ne sont au cours des affections sanguines qu'une manifestation d'un syndrome hémorragique. Elles sont à rapprocher des épistaxis cataméniales qui constituent de véritables règles supplémentaires.

Elles sont surtout fréquentes au cours de l'hémophilie, malgré les classiques qui nient toute manifestation hémophilique chez les femmes.

Il s'agit de malades qui présentent concomitamment des règles abondantes et des hémorragies rebelles dont l'importance est disproportionnée à celle du traumatisme qui est souvent minime. Le diagnostic sera fourni par les épreuves de laboratoire qui montreront un temps de saignement prolongé et une coagulation lente.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un syndrome purpurique, chronique ou aigu, caractérisé par les hémorragies cutanées, punctiformes ou ecchymotiques.

Les examens de laboratoire montrent l'irrétectilité du caillot, le retard de la coagulation, le temps de saignement prolongé et la diminution des hématoblastes. Cet examen sanguin est d'autant plus important que l'hémorragie utérine peut être la seule manifestation d'une hémophilie ou d'un purpura chronique.

Actuellement, ces manifestations sont rattachées à des troubles endocriniens, en particulier, thyroïdiens.

De ces formes, nous rapprocherons les hémorragies survenant chez les chlorotiques et sur lesquelles les classiques ont longuement insisté. Mais, actuellement, avec Hayem, on admet que l'anémie est l'aboutissant et non la cause des hémorragies.

Le paludisme, les traitements arsenicaux trop prolongés, les préparations quinquiques, sont également susceptibles de provoquer des hémorragies utérines par troubles de la coagulation sanguine.

LES MÉTRORRAGIES D'ORIGINE ENDOCRINIENNE

Elles sont parmi les plus importantes.

Leur caractéristique essentielle est l'exagération de la menstruation et l'abondance de l'hémorragie. En effet, l'hyper-ovarie est plus fréquente à cet âge que l'hypo-ovarie, cette dernière se rencontrant surtout chez la femme adulte et à la ménopause.

Les règles s'installent précocement, elles sont précédées de douleurs abdominales, l'écoulement abondant est prolongé pendant une semaine environ. Elles tendent à devancer de plusieurs jours leur date normale d'apparition, puis, ces troubles augmentent peu à peu. Il s'y ajoute des manifestations inter-menstruelles et aux ménorragies s'associent les métrorragies.

En même temps, on constate l'existence des différents éléments du syndrome d'hyper-ovarie, bien décrit par Dalche. Ce sont essentiellement les troubles nerveux avec caractère ombrageux, inégal ; exaltation du sens génésique, apparition dans les cas graves de troubles hystériformes et de délires dépressifs ou d'excitation.

L'habitus extérieur serait très caractéristique

pour Dalche, les yeux sont brillants et mobiles, le faciès expressif.

Il s'associe enfin au syndrome des signes non moins constants : la constipation chronique, l'hypertension, la fécondité marquée, des troubles urinaires divers ; des douleurs pelvi-abdominales diffuses, sans symptôme au toucher rectal.

Ces douleurs sont peu intenses, mais permanentes, pouvant revêtir le type de la crise intermenstruelle et ne s'accompagnant pas de phénomènes pariétaux du côté de l'abdomen.

Différentes éventualités sont possibles. Souvent elles disparaissent lorsque le cycle menstruel s'est installé d'une façon régulière avec l'âge, mais parfois la femme gardera toute sa vie des troubles plus ou moins bénins de la fonction utéro-ovarienne.

Insuffisance poly-glandulaire.

Il est assez rare de rencontrer en clinique un syndrome ovarique pur. Le plus souvent on est en présence d'un ensemble complexe dû à l'insuffisance d'une ou de plusieurs autres glandes à sécrétion interne.

L'autonomie glandulaire n'existe pas ; toutes les glandes retentissent les unes sur les autres et non seulement l'ovaire n'est pas seul à la base des troubles génitaux mais l'altération primitive d'une glande quelconque peut entraîner secondairement une dysovarie.

Les associations sont multiples. C'est ainsi qu'on peut rencontrer un syndrome ovaro-thyroïdien avec alternative de métrorragies et d'aménorrhée ; un syndrome ovaro-surrénalien, avec masculinisation plus ou moins accentuée ; ovaro-hypophysaire, avec céphalée, hypertrophie des extrémités.

Ces ruptures de l'équilibre endocrinien nécessitent un traitement opothérapique associé où l'ovaire n'entre que pour une part.

Dans la pathogénie de ces insuffisances glandulaires et du déséquilibre endocrinien, il faut faire place à différentes infections, en particulier à la syphilis héréditaire, à la tuberculose et l'alcoolisme, enfin, à la plupart des maladies infectieuses aiguës.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Siredey et Lemaire).

M..., âgée de vingt ans. Cette jeune fille a toujours habité l'Auvergne où elle est née, elle vit dans de bonnes conditions d'hygiène et, en dehors de la rougeole, de la coqueluche, elle n'a eu aucune maladie sérieuse. Réglée à quinze ans elle ressent quelques coliques dans les heures qui précèdent l'apparition du flux sanguin, mais il n'existe pas de dysménorrhée à proprement parler. Irrégulière pendant la première année, la menstruation s'est bien régularisée.

Vers dix-huit ans, sans aucun accident local, sans troubles de la santé générale, les règles commencèrent à devenir plus abondantes, en même temps qu'elles durèrent plus longtemps. A dix-neuf ans, elles se prolongeaient pendant quinze, dix-huit jours chaque mois, laissant la jeune fille très épuisée, très anémiée.

Elle fut soumise par son médecin à divers traitements : repos pendant les règles, hydrastis, hamamelis etc..., par la voie gastrique, par la voie hypodermique : préparations de fer, d'arsenic, rien n'y faisait. Les pertes ne cessaient pas d'augmenter, se produisant d'une manière ininterrompue. Si

elles cessaient pendant six ou huit jours, elles étaient remplacées par un écoulement blanc rosé assez abondant.

Il est à remarquer que cette jeune fille, bien soignée et bien surveillée n'a jamais eu de vulvite, jamais de pertes blanches avant ses hémorragies.

Sa mère, réglée normalement, n'a pas eu jusqu'ici d'affection génitale.

La malade n'a qu'un frère bien portant.

En juillet 1909, elle alla faire une cure à la Bourboule où elle prit des bains chauds, dont la température fut progressivement élevée jusqu'à 39 degrés. Loin d'être calmée, les pertes de sang augmentèrent, elles prirent de plus en plus le caractère hémorragique et ne cessèrent pour ainsi dire plus.

L'un de nous vit cette jeune fille, pour la première fois, dans les derniers jours de septembre 1909, il existait une anémie profonde avec décoloration des muqueuses, refroidissement des mains et des pieds, souffles anémiques à la base du cœur. La palpation de l'abdomen ne révélait rien d'anormal. Le toucher rectal ne permettait de constater aucune altération de l'utérus et des annexes. L'utérus de volume normal, très légèrement antéfléchi.

On conseilla l'hydrothérapie froide, l'usage alternatif de cachets de lécithine de 0, 20 cent. et de l'opothérapie thyro-ovarienne. Ce traitement sembla provoquer une amélioration qui se maintint pendant près de trois mois. Les pertes diminuèrent, ne dépassant guère dix à douze jours, et furent remplacées le reste du mois par un suintement à peine rosé ; en même temps, l'état général se relevait de façon très satisfaisante.

Mais le père de la malade eut à ce moment une grave maladie qui l'emporta au bout de quelques semaines. A la dépression morale causée par le chagrin s'ajoutèrent des grandes fatigues physiques ; les pertes de sang reparurent et ne s'arrêtèrent plus.

C'est en vain qu'au mois de mars un nouvel essai d'hydrothérapie fut tenté à Paris, en même temps qu'on reprit la médication qui avait paru donné quelques résultats ; l'hémorragie continua.

L'examen pratiqué par la voie vaginale fit constater que l'orifice cervical était légèrement entrebaillé. Sa cavité laissait pénétrer l'hystéromètre qui rencontrait à la surface de la muqueuse des bosselures et des rugosités.

Le curettage fut conseillé et adopté. Il fut pratiqué sous le chloroforme dans les premiers jours de mai, et suivi de quelques attouchements à la teinture d'iode.

Guérison complète au bout de trois semaines, la première époque menstruelle parut avec un retard de 15 jours, elle eut une durée et une abondance normales ; les époques suivantes survinrent régulièrement et dans des conditions normales.

L'état général se releva promptement et la jeune fille put reprendre peu à peu sa vie habituelle.

OBSERVATION II

(Siredey et Lemaire)

X..., âgée de seize ans, est présentée plusieurs fois, par sa mère, à la consultation gynécologique de l'hôpital Saint-

Antoine, du mois d'août 1909 au mois de janvier 1910, pour des pertes de sang prolongées.

Aucun passé génital, pas de leucorrhée, pas de vulvite. Aucune maladie grave.

Réglée à treize ans, sans douleur, la menstruation normale au début, devint plus abondante à l'âge de quinze ans. En avril 1909, elle prit un caractère hémorragique et dura plus de six semaines. La malade resta pendant deux mois dans le service à ce moment. En raison de l'intégrité de l'hymen et de son étroitesse, on pratiqua le toucher rectal qui ne révéla aucune modification appréciable de l'utérus et des annexes.

La malade fut maintenue rigoureusement au lit, et devant l'insuccès des préparations d'ergotine, d'hydrastis, d'hamamelis, on eut recours à des pansements vaginaux à la gélatine et à des injections hypodermiques de sérum gélatiné à 2 %. Les pertes s'arrêtèrent et, pendant quatre mois, les règles furent un peu moins abondantes, et surtout moins prolongées.

A la fin de novembre 1909, elles parurent à la date habituelle, sans malaise particulier, et ne s'arrêtant pas malgré le séjour au lit. De légères recrudescences de l'écoulement marquèrent l'époque des deux menstruations suivantes et, à la fin de janvier, les parents de cette jeune fille se décident à la faire entrer à l'hôpital pour y suivre le traitement local dont on leur avait démontré la nécessité.

A son entrée, l'examen par la voie rectale et par la voie vaginale ne fit constater aucune augmentation de volume de l'utérus, aucune altération des annexes. Un petit spéculum introduit dans le vagin montra un col légèrement béant qui

admettait facilement l'hystéromètre, et, quand on l'introduisait dans la cavité utérine, on avait la sensation de passer sur une surface irrégulière, rugueuse, toute formée de petites bosselures.

Après anesthésie et dilatation à l'aide de bougies d'Hegar on procéda au curettage.

La curette ramena des débris de muqueuse qui furent examinés au microscope.

Guérison complète au bout de quinze ou seize jours.

La malade a quitté l'hôpital après les règles suivantes qui se passèrent normalement.

Elle a été revue depuis. La guérison s'est maintenue ; l'état général s'est promptement relevé.

OBSERVATION III (Douay)

*Métrorragies douloureuses chez une jeune fille de 16 ans
Curettage. Métrite tuberculeuse. Décédée cinq mois plus
tard de tuberculose pulmonaire aiguë.*

Mlle Léonce D..., 16 ans. Cette jeune fille très bien portante d'aspect, vient à la consultation de Broca le 13 avril 1922. A ce moment, elle est réglée depuis deux ans, avec douleurs à chaque règle. Depuis quelques mois, ces douleurs augmentent et persistent même après la cessation des règles; elles ont le caractère de se produire chaque matinée, entre 8 et 10 heures du matin. Les règles se présentent sous forme de ménorragies pendant deux ou trois jours, avec perte de caillots, puis elles continuent moins abondantes, pendant une dizaine de jours, sous forme de sang noirâtre non coa-

gulé. Les règles terminées, des pertes blanches apparaissent qui résistent aux injections vaginales faites deux ou trois fois par semaine à la liqueur de Labarraque.

L'examen par le toucher rectal montre un gros utérus mou, en rétroversion. Cette rétroversion ne paraît pas adhérente : elle est partiellement réductible, avec quelques douleurs. Les annexes ne sont pas perçues par le toucher rectal.

La malade est revenue le 4 mai, il n'y a pas d'amélioration. On décide de faire une dilatation légère de l'hymen avec le petit spéculum vaginal, ce qui permet de découvrir le col de l'utérus qui est rouge. Une exploration à la bougie montre qu'il n'y a pas de rétrécissement au niveau de l'isthme, ni de coudure : la bougie pénètre facilement dans l'utérus jusqu'à 8 centimètres. Du sang noir s'écoule après cette exploration. On pense à ce moment à un peu d'hématométrie, c'est-à-dire à de la rétention dans le corps de l'utérus du sang menstruel, par une difficulté d'évacuation, quoique la perméabilité de la région isthmique vienne à l'encontre de ce diagnostic.

On conseille à la mère de laisser la jeune fille à l'hôpital, pour compléter cet examen insuffisamment précis. La malade entre à l'hôpital le 10 juin 1922.

Opération. — Le 12 juin 1922, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle (appareil du Dr Douay). Dilatation de l'hymen. Le toucher vaginal montre un gros utérus mou en rétroversion, qu'il est facile de réduire ; le col est volumineux ; au spéculum, il est un peu rouge violacé ; l'orifice est ouvert, le passage des bougies est relativement facile, on a l'impression qu'il y a quelque chose dans l'utérus. Les

signes observés rappellent un peu ceux d'un utérus encore mou de rétention placentaire. Après dilatation, la curette ramène des débris épais, longueux, n'ayant aucun caractère placentaire, il s'agit d'une muqueuse très épaissie, fongueuse et saignante. On pense déjà très nettement à de la tuberculose possible. On fait un attouchement de la cavité utérine à la glycérine créosotée.

Les suites opératoires sont satisfaisantes.

La malade quitte l'hôpital le 24 juin. Après sa sortie, la réponse du laboratoire vient confirmer le diagnostic de métrite tuberculeuse : l'examen histologique fait par le Professeur Champy révèle une tuberculose de la muqueuse avec végétation extraordinaire des glandes ; on note une infiltration de toute la muqueuse par de petites cellules, ainsi que quelques cellules géantes ; il y a un peu de caséification. Le muscle n'est pas atteint.

Que faut-il faire ? Nous écrivons à la mère qui, suivant nos conseils, a conduit sa fille à la campagne, de revenir à Paris chaque mois pour surveiller la maladie de sa fille et qu'il sera peut-être nécessaire en cas de récurrence de pratiquer une hystérectomie.

Nous apprenons par la suite que la jeune fille a commencé à tousser à la fin du mois de juillet, elle perd l'appétit, maigrit. Elle revient à Paris en août et reste à Laënnec. On la soigne pour une tuberculose pulmonaire aiguë (type phtisie galopante). Elle meurt le 27 octobre 1922, moins de cinq mois après son curetage.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue. Nous voyons que, ainsi que nous

l'avons dit précédemment, avant de faire un traitement radiothérapique pour métrite virginale hémorragique il est bon de faire un curettage afin de pratiquer l'examen histologique des débris enlevés.

L'examen microscopique de ces débris peut être pris en considération. Ici on retira par la curette des débris mollasses d'aspect fongueux qui firent penser de suite à la tuberculose. Mais c'est uniquement l'examen histologique qui a permis d'affirmer la nature de l'affection.

En second lieu, cette observation montre qu'une tuberculose génitale grave peut évoluer sur un terrain absolument sain en apparence. Cette jeune fille était d'une santé florissante, bien développée, rouge de figure, sans aucune lésion pulmonaire et sans antécédents tuberculeux.

Enfin, il y a lieu de penser que le curettage n'a pas été sans provoquer la dissémination de la tuberculose et que ce traumatisme utérin a répandu les germes tuberculeux, produisant un mois plus tard l'éclosion de la tuberculose pulmonaire aiguë.

Il est regrettable que l'hystérectomie n'ait pas été pratiquée de suite.

OBSERVATION IV (Douay)

Métrite grave chez une jeune fille de 18 ans, durant depuis trois ans. Curettage. Récidive. Rayons X. Guérison.

Mlle Marguerite L., 18 ans, née à Port-au-Prince (Haïti). Créole. Réglée à 13 ans. Les règles sont d'abord peu abon-

dantes et irrégulières : puis elles augmentent de plus en plus d'abondance. La malade est soignée pendant trois ans ; le traitement est purement médical et consiste en injections chaudes, ergotine, puis opothérapie ovarienne. Ce traitement n'amène aucune espèce d'amélioration. La malade vient en France le 21 mai 1921, dans le but de consulter le Professeur Faure.

Examen. — Malade bien développée, grande, sans aucune espèce de troubles, elle est dans un état d'anémie extrême, très affaiblie : les muqueuses sont décolorées, elle est essoufflée au moindre mouvement. Depuis quatorze mois, elle perd d'une façon continuelle et par moments avec caillots. Il n'y a ni douleur, ni fièvre.

A l'examen gynécologique, on trouve un hymen infranchissable au doigt ; par le rectum, on sent un utérus gros, bien développé, en rétroversion légère. Une petite masse arrondie, à droite, collée à l'utérus, serait peut-être un noyau fibreux. Les ovaires ne sont pas spécialement perçus.

La malade est envoyée par le Professeur Faure au Dr Douay, avec le conseil de l'endormir, de distendre l'hymen pour permettre un examen gynécologique plus complet, et de pratiquer au besoin un curettage, à la fois explorateur et curateur.

Opération. — Le 31 mars 1921, sous anesthésie générale, dilatation de l'hymen ; dilatation du col aux bougies de Hegar et curettage. On retire une muqueuse très épaisse, le noyau fibreux qu'on avait soupçonné dans l'épaisseur de la paroi utérine n'est pas retrouvé au cours de cet examen. Il s'agit donc seulement d'une métrite hémorragique sans fibrome.

L'examen histologique des débris enlevés par curettage a été fait par le Professeur Champy : il s'agit d'une muqueuse hyperplasiée ; les glandes surtout sont augmentées de volume, flexueuses, très végétantes, enroulées en spirale.

Suites opératoires. — Les pertes de sang s'arrêtent pendant un mois. On note une irritation de la vessie dont on explique mal la cause, peut-être par suite d'un sondage pratiqué le lendemain de l'opération. Cette cystite dure pendant une dizaine de jours avec urines troubles.

L'examen pratiqué le 22 juin 1921, montre un utérus mobile sans douleur, un peu moins gros qu'avant le curettage. Les troubles dus à la cystite ont disparu.

Les règles reviennent le 1^{er} juillet, elles sont abondantes pendant quatre ou cinq jours ; puis l'écoulement diminue d'intensité, mais persiste jusqu'au 18 juillet.

Etant donné cet insuccès de curettage, on commence un traitement radiothérapique qui est fait par le D^r Lehmann. Une première application comprenant une dose cutanée par 5 portes d'entrée, 3 hypogastriques et 2 fessières est faite au mois de juillet. Pendant le mois d'août, la malade fait un séjour à Luxeuil. Une période de règles apparaît du 28 juillet au 18 août, une seconde du 20 au 26 août, puis en septembre, du 15 au 19 ; pour la première fois, les règles se passent sans perte de caillots. A cette époque, seconde application radiothérapique, identique à la première. Puis le 9 octobre, nouvelle perte de trois jours, toujours sans caillot.

A ce moment, l'utérus a considérablement diminué de volume : il est plutôt petit et difficile à bien percevoir. L'état général s'est fort amélioré. On observe une disparition

complète de tous les troubles dus à l'anémie intense. L'appétit est bon ; la malade a grossi. A partir de ce moment, les règles viennent régulièrement chaque mois, durant quatre jours sans perte de caillots. Au mois de décembre, une hystérométrie est faite ; elle montre une cavité utérine de 6 centimètres.

La malade a été revue en février, avant son départ pour Haïti : à ce moment elle était en très bon état. Nous avons eu de ses nouvelles en juin et en octobre derniers ; les règles durent 4 à 5 jours avec un écoulement normal. L'état général est excellent.

Le 21 décembre 1922, nous recevons des nouvelles de la malade, dont l'état de santé est toujours excellent : des règles arrivent régulièrement tous les vingt-six jours et durent deux jours. « Ma belle mine, écrit-elle, fait le bonheur de mes parents. »

OBSERVATION V (Thèse Dousdebès).

Métrorragies abondantes chez une jeune fille de 18 ans.

Curettage. Récidive. Radiumthérapie. Guérison.

Mlle J..., 18 ans.

Réglée à 13 ans, normalement.

Premières pertes à 15 ans. La première année, pertes presque continues, peu abondantes. Puis l'abondance s'est accrue. La malade est restée couchée six mois en 1919.

Curettage le 26 mai 1919.

Pendant un mois, arrêt, puis les pertes recommencent.

Depuis, pertes constantes, vingt jours par mois, sans douleur généralement. Sang rouge, caillots.

J. Iwenicki

A eu de fréquentes épistaxis.

Première application de radium, juin 1921. Après dilatation du canal utérin, sous-anesthésie au chlorure d'éthyle, par les bougies de Hegar, jusqu'au n° 19, mise en place d'une sonde intra-utérine, contenant l'appareil radifère suivant : trois tubes d'émanation. Filtration : Pl. : 1 mm. Al. : 0,04.

La sonde gommée a une longueur de 6 centimètres.

Cet appareil est maintenu douze heures. Dose donnée, 1,80 millicuries.

Au moment où on retire l'appareil, l'hémorragie reprend, cesse deux ou trois jours, puis reprend... Les pertes blanches se montrent toujours abondantes.

Un mois plus tard l'hémorragie revient, moins abondante, mais persistante, et on décide de faire une seconde application de radium.

Deuxième application, juillet 1921. L'appareil est en tous points semblable à celui employé au cours de la première application. Il est maintenu en place dix-huit heures.

La dose donnée est de : 2,70 millicuries.

On ne constate plus d'hémorragie cette fois. Seul un petit suintement se montre pendant la semaine suivante.

Puis, arrêt de toute règle jusqu'au mois d'octobre.

Quelques pertes blanches au cours de cette période.

Depuis, règles régulières et normales, comme abondance.

OBSERVATION VI

Métrorragies et lésions hépatiques.

Françoise R..., 15 ans, consulte pour de l'ictère. Sa mère a été soignée pour des troubles hépatiques nets. La petite malade a eu une enfance normale. Réglée à 13 ans, les menstrues furent dès le début très abondantes, durant 8 jours et reparaissant toutes les trois semaines.

Il y a 5 semaines, l'enfant présente un embarras gastrique avec perte d'appétit, nausées, vomissements. Il y a 5 jours apparaît un ictère caractéristique. L'examen nous révèle une enfant ayant bon aspect, présentant un ictère franc.

Les différents organes sont absolument normaux. L'examen local montre un hymen intact, un utérus normal, des annexes indolores. On ordonne le repos, le régime lacté, du benzoate de soude, de la teinture de Boldo. L'ictère s'améliore puis disparaît.

Revue quelques mois après la fillette n'a plus présenté d'atteinte hépatique. Les règles sont normales, moins abondantes, à 28 jours d'intervalle.

OBSERVATION VII

Rétrécissement mitral et métrorragies (Reboul).

Elise L..., 15 ans. Rien dans les antécédents. Elle n'a eu dans son enfance, ni chorée, ni rhumatisme, pouvant expliquer une lésion cardiaque.

Vers l'âge de 12 ans, elle s'est plainte de palpitations, d'un peu de fatigue en jouant, en courant. C'est vers cette époque qu'elle a été réglée. Ses menstrues sont extrêmement abondantes, s'accompagnant de la perte de gros caillots, et se produisent plusieurs fois par mois.

A l'examen, malade ayant bon aspect. Son pouls est régulier. Le rythme de rétrécissement mitral est net : souffle présystolique, suivi d'un dédoublement du 2^e bruit et d'un roulement diastolique.

Pas d'autres signes de lésion cardiaque.

Les différents organes sont normaux. L'enfant se plaint de constipation, d'anorexie, de fatigue intense, de faiblesse.

OBSERVATION VIII

Troubles de la coagulation sanguine et métrorragies (Nobécourt).

Lésions annexielles et métrorragies.

Francine N..., 15 ans 1/2. Entre à l'hôpital le 19 juin 1919. L'enfant est amené pour « tendance aux hémorragies ».

Rien dans les antécédents.

Née à terme, pesant 7 livres. Elevée au sein pendant 1 an. A eu la rougeole, la coqueluche. Il y a cinq ans, elle consulte parce qu'elle présente des ecchymoses sur le corps. Elle fut soignée par des injections de sérum et du chlorure de calcium.

Les années suivantes, elle présente des hémorragies fréquentes et abondantes (à cause d'une piqûre, lorsqu'elle se brosse les dents).

Réglée à 13 ans, les menstrues sont très abondantes. Ce sont de véritables hémorragies durant 10, 15 jours. La semaine précédant l'entrée à l'hôpital de la malade, celle-ci a présenté des épistaxis peu abondantes.

L'enfant a bon appétit, ne présente pas de troubles digestifs. L'état général est excellent, sauf au moment des hémorragies.

A l'examen, l'enfant présente des ecchymoses nombreuses aux bras, aux jambes, des taches purpuriques disséminées irrégulièrement sur le corps.

Le tissu adipeux est très développé.

L'examen des différents organes est complètement négatif.

La réaction de Wassermann est légèrement positive.

Le sang se coagule rapidement et la rétraction du caillot est normale. La formule sanguine ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION IX

(G. L. Hartmann-Keppel in *Gyn. et Obst.* 1922, n° 1.)

Elisabeth B..., 15 ans.

Sa mère présente une tumeur blanche du genou droit.

Le père est mort bacillaire.

L'enfant fut réglée à 11 ans. A 14 ans au cours d'une épidémie de grippe, elle présenta une affection pleuro-pulmonaire qui fut étiquetée « broncho-pneumonie grippale ». Celle-ci traîna deux mois, et pourrait fort bien être en rapport avec une bacillose. Actuellement, pourtant, il n'y a aucune lésion bacillaire pulmonaire en évolution. L'enfant est délicate, a un petit appétit, est de taille exigüe.

Elle attire l'attention uniquement par ses troubles menstruels. Après sa grippe, elle a présenté des règles durant 7 jours, et dans les intervalles elle perdait un sang rouge vermeil et des caillots. L'enfant ne souffre pas, mais est très anémiée.

On n'observe aucune réaction clinique péritonéale gastro intestinale, urinaire ou osseuse. L'hymen est intact.

Le toucher rectal révèle un utérus petit, mou, en antéversion peu mobile. Le cul-de-sac postérieur est épaissi mais libre. On réveille une légère douleur à droite en rapport avec quelque affection tubaire.

Les hémostatiques n'ont eu aucun résultat sur les ménorragies.

On décide d'intervenir : incision pseudo-appendiculaire (sur demande de la famille), pas de péritonite, pas d'épanchement. Nombreuses adhérences. Appendice, utérus, ovaire et trompe gauches sains.

A droite, ovaire sain. Trompe augmentée de volume indurée, présentant des grains de chapelets au niveau de l'isthme.

Résection de l'appendice, de l'ovaire et de la trompe à droite.

Suites opératoires excellentes. Les métrorragies persistent pendant deux mois après l'opération, puis les règles deviennent parfaitement normales.

On pratique l'héliothérapie, la thalassothérapie. La jeune fille revue un an plus tard, a augmentée de 7 kilos.

La trompe droite, à l'examen histologique, présentait des signes caractéristiques de lésions bacillaires. Il s'agissait donc d'une annexite tuberculeuse se manifestant par des

hémorragies abondantes, sans aucun syndrome de métrite ou de salpingite cliniquement appréciable.

OBSERVATION X

Syndromes polyglandulaires et métrorragie.

Hélène K..., 12 ans, entre le 27 février 1919. Elle est amenée pour mauvais état général. Née à terme, nourrie au sein s'est développée normalement. A l'âge de 15 mois, l'enfant a présenté des convulsions.

Croup, coqueluche, rougeole, broncho-pneumonie, otite dans son enfance.

Depuis l'âge de 7 ans, la fillette se porte bien mais elle se fatigue facilement.

Réglée depuis juin 1918. Les règles se présentent sous forme d'hémorragies abondantes, prolongées 8 à 10 jours. L'enfant perd de gros caillots, et la quantité de sang liquide atteint parfois 250 grs. par jour.

A la suite de ses règles, elle se sent anémiée et fatiguée.

Elle présente des pertes blanches depuis l'âge de 6 ans.

Constipation habituelle, pas de douleurs abdominales.

L'enfant ne tousse pas.

Parents bien portants, 2 enfants en bonne santé ; la mère a fait une fausse-couche de 5 mois.

A l'examen, on voit une enfant très grande, pesant 53 kilos 900.

La tête est volumineuse, les membres sont longs et larges. Le développement génital est précoce : poils pubiens, poils aux aisselles, seins développés, bassin large. Les dents sont

très suspectes, cuspidées, carrées ; la voûte palatine est légèrement ogivale. La réaction de Wassermann est H. 7.

Les différents organes sont normaux. On institue le traitement suivant : poudre d'ovaire, 10 centigrammes, extrait de corps thyroïde, 10 centigrammes ; extrait hypophysaire, 20 centigrammes ; frictions mercurielles.

Ce cas est intéressant.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Léopold-Lévi).

Mlle Jeanne E... , âgée actuellement de 38 ans.

Rien à signaler au point de vue antécédents héréditaires.

A part l'hydarthrose répétée du genou, rien d'anormal jusqu'à l'âge de 13 ans.

A cette époque la malade a ses premières règles, très abondantes, venant à flots, avec gros caillots, et durent de 8 à 10 jours.

Cet état continue jusqu'en 1912, époque à laquelle les règles deviennent encore plus abondantes et durent 16 jours. Ce sont des véritables hémorragies, obligeant la malade à garder le lit. Le traitement hémostatique ne donne aucune amélioration.

En 1913 on décide l'ablation des ovaires supposés kystiques.

A ce moment la malade voit le Dr Léopold-Lévi qui, lui, croyant à un trouble endocrinien, institue le traitement polyglandulaire : thyroïde et ovaire. La malade suit ce traitement pendant 14 mois. Les règles, après des améliorations

successives, dont la première survient au bout de trois mois, deviennent tout à fait normales, durent 5 à 6 jours et sont d'abondance moyenne.

Nous voyons la malade 16 ans plus tard. Les règles sont toujours normales.

CONCLUSIONS

1° Les métrorragies de la puberté relèvent plus souvent de causes générales que de causes locales ;

2° Parmi les causes locales, il faut mettre au premier plan la métrite gonococcique latente et la sclérose utérine ; les tumeurs sont beaucoup plus rares ;

3° Les troubles menstruels peuvent être le premier symptôme et rester la seule manifestation clinique d'une lésion cardio-valvulaire méconnue ;

4° Les métrorragies d'origine endocrinienne relèvent plus souvent d'un syndrome polyglandulaire que d'une dysovarie pure ;

5° Elles relèvent beaucoup plus souvent d'un traitement général que d'un traitement local ;

6° Le traitement opothérapique mixte sera toujours préféré au traitement monoglandulaire.

Vu : le Président de la thèse,
J.-L. FAURE.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,
P. MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

Arrivat. — Les hémorragies génitales d'origine ovarienne (Gazette des Hôpitaux, 1914, p. 1371 et 1411).

Bachelier. — Essai sur les métrorragies virginales essentielles. Thèse de Paris, 1898-1899.

Baclalli. — Contributo alla cura delle métrorragie della puberta (Radiol. méd. Milano, 1924, XI, 257).

Barthélémy. — Métrorragie d'origine endocrinienne (Bulletin sté d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1925, XIV, 5, 425).

Beguigneul. — Métrorragies de l'adolescence (Tribune Médicale, 1897).

Benoist. — Considérations sur la puberté chez la femme, l'aménorrhée et la ménorragie. Thèse de Paris, 1825.

Bermann (S.F.). — Aproposito de une caso de ménorragies subintrentes en una solteré (Semana Med. Buenos-Aires, 1924, XXI, 330).

Blanc. — Métrite virginale hémorragique (Loire Médical, 15 déc. 1890).

— Métrites virginales hémorragiques (Loire Médical, déc. 1896).

Bouin. — Sécrétion interne de l'ovaire (Revue Médicale de l'Est 1902).

Bourdeaux. — Les ménorragies de la puberté par dyscrasie sanguine. Thèse Paris, 1920.

Bouton. — De la métrite chez les vierges. Thèse Paris, 1887.

Castan. — Métrorragies des jeunes filles. Thèse de Paris, 1898.

Cavailhon. — Fibrome utérin chez une fillette (Lyon Médical 15 juin 1902).

Couinaud. — Contribution à l'étude des métrorragies chez les jeunes filles. Thèse de Paris, 1921.

Colliat. — Métrorragies virginales et neuro-arthritisme. Thèse de Montpellier, 1911.

Crousse. — Métropathies hémorragiques graves des femmes jeunes et radiumthérapie (Annales de l'institut chirurgical de Bruxelles, 1924, XXV, 81 de Gyn. et Obstétrique. Paris, 1924, IX, 539).

Dalche. — Métrorragies dans les maladies du cœur (Journal de Médecine et de Chirurgie gyn., n° 2, 1904).

— Hyperovarie: métrorragie virginale (Gazette des Hôpitaux, 1906, n° 5).

— Métrorragies de croissance (Revue gynécologique et obstétrique, 1921).

— La puberté chez la femme. Paris, 1906. Rueff, édit.

Dauchez. — Des irrégularités menstruelles, et en particulier des ménorragies au début de la puberté (Semaine Gyn., 1897).

Douay. — Les métrorragies des jeunes filles (Gyn. et Obstétrique, Revue mensuelle, 1923, p. 501).

Dousdebès. — Des métrorragies virginales rebelles au traitement médical. Thèse de Paris, 1923.

Ernst. — Les métrorragies de l'adolescence de cause utérine. Thèse de Paris, 1923.

Fairbairn (J. S.). — Ménorrhagia in young women without gross lésion (Lancet-London, 1923, III, 578).

Faure et Siredey. — Traité de Chirurgie médico-chirurgicale. Edit., 1924.

- Francillon.* — Essai sur la puberté chez la femme. Thèse de Paris, 1900.
- Forgue et Massabuau.* — Les métrorragies de la ménopause et de la puberté métrorragies d'origine ovarienne (Paris Médical, 1912, p. 450).
- Gaulhieur L'Hardy.* — La chlorose ménorragique. Thèse de Paris 1897.
- Hartmann (Henri).* — Le traitement des métrorragies des jeunes filles (Gyn. et Obstétrique, Revue mensuelle 1922, n° 1).
- Hours.* — Contribution à l'étude des métrorragies de la puberté. Thèse de Paris, 1905.
- Incles (W.D.).* — Haemorrhagies in the curly month of pregnancy Ohio M. J. (Columbus) 1926, XXII, 39.
- Ilitch Branislaw.* — Hérédo-syphilis et métrorragies. Thèse de Paris, 1923.
- Laurence (J.).* — Les métrorragies des jeunes filles (Journal des Praticiens, 15 avril 1922).
- Le Monnier-Denis.* — Contributions à l'étude des métrorragies des jeunes filles. Thèse de Paris, 1921.
- Léopold-Lévi.* — Vue générale sur l'Endocrinologie d'après 25 ans de pratique.
- Natvig.* — Ménorragies et métrorragies des jeunes filles Norsk Magaz f. Lægervidenskaben (Kristiana), 1926, LXXXVII, I-I.
- Nobecourt.* — Les syndromes endocriniens de l'enfance et de la jeunesse.
- Pallares.* — Métrorragies chez les vierges. Thèse de Montpellier, 1907.
- Pavelescu.* — Considération sur l'étiologie et le traitement des ménorragies virginales (Gyn. et Obst. Bucarest, 1925, IV, 3/4 16).

Potherat. — Fibrome chez une jeune fille de 19 ans (Bulletin de la Société de chirurgie, 1908, p. 56).

Raillet. — Ménorragies et métrorragies virginales (Archives de médecine et de Chirurgie de Provence, avril 1913).

Reboul. — Les ménorragies de la puberté. Thèse de Paris, 1924.

Siredey et Lemaire. — Les métrorragies virginales (Rapport au Congrès de gynécologie et obstétrique de Toulouse, 1910).

— Etude histologique de la muqueuse utérine dans une forme particulière de métrorragie des jeunes filles (Annales de gyn. et obstétrique, 1910, p. 605).

Siredey. — Les métrorragies des jeunes filles (Journal des Praticiens, déc. 1899).

Siderey (A.). — Les métrorragies des jeunes filles (Gyn. Paris, 1925, XXIV, 4-193).

Thomas. — De la métrite hémorragique à l'époque de la puberté. Thèse de Paris, 1912.

Vignal. — Des métrorragies « dites essentielles » et de leur traitement. Thèse de Paris, 1922.

Weill (P. E.). — Hémorragies de la puberté (Société Médicale des Hôpitaux, 10 janv. et 28 févr. 1913).

